



ESCUELA DE POSGRADOS, MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**EFFECTO DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN EL DUELO POR
RUPTURA DE PAREJA**

Diana Patricia Medina Reina

Dirigida por: Ph. D. Francisco José Ruiz Jiménez

**Bogotá, D.C.
2020**

TABLA DE CONTENIDO

Resumen, 1

Abstract, 2

Marco teórico y empírico, 3

 Respuestas emocionales, 3

 Estrategias de afrontamiento, 8

 Procesamiento cognitivo, 10

 Intervenciones, 13

Aspectos metodológicos, 20

 Objetivos, 20

 Objetivo general, 20

 Objetivos específicos, 20

 Variables, 20

 Variable independiente, 20

 Variables dependientes, 22

 Distrés por la ruptura, 22

 Sintomatología emocional, 22

 Pensamiento repetitivo, 22

 Evitación experiencial, 23

 Actuación en dirección de valores, 23

 Satisfacción con la vida, 23

Método, 24

Diseño, 24

Participantes, 24

Instrumentos, 27

Procedimiento, 30

Consideraciones éticas, 31

Resultados, 32

Discusión, 40

Referencias, 51

LISTA DE TABLAS

TABLA 1 – Características principales del duelo por ruptura de pareja	12
TABLA 2 – Diferencia de medias estandarizada	33

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Puntuaciones en BDS	34
FIGURA 2 – Puntuaciones en DASS-21	35
FIGURA 3 – Puntuaciones en PTQ	36
FIGURA 4 – Puntuaciones en AAQ-II	37
FIGURA 5 – Puntuaciones en CFQ	37
FIGURA 6 – Puntuaciones en VQ	38
FIGURA 7 – Puntuaciones en SWLS	39

LISTA DE ABREVIATURAS

AAQ-II	Acceptance and Action Questionnaire – II
ACT	Terapia de Aceptación y Compromiso
APA	American Psychological Association
BDS	Breakup Distress Scale
CFQ	Cognitive Fusion Questionnaire
DASS-21	Depression, Anxiety, and Stress Scales–21
IC	Índice de Confianza
MINI	International Neuropsychiatric Interview
PTQ	Perseverative Thinking Questionnaire
VQ	Values Questionnaire

Resumen

A pesar del impacto de la ruptura romántica, su exploración ha quedado supeditada a contadas investigaciones de corte descriptivo que señalan la necesidad de diseñar intervenciones específicas al caso. El presente estudio evidenció la eficacia de un protocolo de intervención de tres sesiones basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), en tres personas que experimentaron un duelo crónico por el rompimiento de relaciones de pareja. Se empleó un diseño de línea de base múltiple no concurrente, aleatorizada y entre participantes. Se obtuvo un estimador general del tamaño del efecto de la intervención a través del cómputo del tamaño del efecto para diseños de línea base múltiple propuesto por Pustejovsky, Hedges y Shadish (2014). Hubo un tamaño de efecto grande en las medidas de distrés por la ruptura, sintomatología emocional, pensamiento repetitivo, evitación experiencial, fusión cognitiva, actuación en dirección a valores y satisfacción con la vida (BC-SMD $>.80$). Se discuten las direcciones para futuras investigaciones.

Palabras Claves: Ruptura de pareja, Relaciones sentimentales, Terapia de Aceptación y Compromiso, Duelo romántico.

Abstract

Despite the impacts of the breakup of couples, their exploration has been subject to a few descriptive investigations, which indicate the need to design specific interventions to the case. The present study evidences the efficacy of a three-session intervention protocol based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in three individuals who experienced a chronic romantic grief due to the couple breakup. A non-concurrent, randomized and across-participant multiple baseline design was used. The intervention showed a large effect size in the measures of breakup distress, emotional symptoms, repetitive thinking, experiential avoidance, cognitive fusion, valued living, and satisfaction with life (BC-SMD $>.80$). Possibilities of future research are discussed.

Keywords: Couple breakup, Romantic relationship, Acceptance and Commitment Therapy, Romantic grief.

Efecto de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el duelo por ruptura de pareja

De las 1.238 muertes por suicidio que se presentaron en Colombia durante el año 2018, y de las cuales se ha logrado obtener información, el 25.04% obedeció a los conflictos de pareja o expareja y el 14.14% fue atribuido al desamor. También hubo un alto número de muertes violentas generadas por la expareja (3,43% de 4.979 homicidios) (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2018). Estas cifras pueden sugerir que la ruptura de una relación puede ser uno de los motivos más frecuentes para perder la vida en el país, como también que, el curso del duelo romántico es un evento que requiere de un seguimiento atento, ya que puede convertirse en una situación de riesgo no solo para quien lo experimenta sino también para el círculo social más cercano. En parte, estas cifras toman sustento en la reacción emocional que trae consigo la ruptura de la relación de pareja, la cual es intensa en inicio, pero se disipa con rapidez meses después de su ocurrencia (Luhman, Hofmann, Eid y Lucas, 2012).

Respuestas Emocionales

Sbarra y Emery (2005) desarrollaron una investigación con adultos jóvenes que habían estado involucrados en relaciones de pareja no maritales. Los autores identificaron que los sentimientos de tristeza luego de una ruptura tendían a disminuir con el tiempo, así como los sentimientos de amor hacia la anterior pareja. Inclusive, pasados 28 días luego de la ruptura, los sentimientos solían ser similares entre personas con relaciones terminadas y quienes tenían una pareja actual. Sin embargo, los sentimientos de tristeza podían incrementar en el momento de tener contacto con la pareja anterior. También se encontró que, al contrario de los sentimientos

de tristeza, la ira incrementaba una vez la relación se había disuelto. Este último aspecto también fue identificado por Murdock, Fagundes y Lovejoy (2014).

Aunque los resultados de la investigación no son concluyentes, Sbarra y Emery (2005) identificaron que cuando hay culpa propia y sentimientos de amor por la anterior pareja, hay menos aceptación de la finalización de la relación. Ahora, si se presenta culpa propia y sentimientos de tristeza, hay mayor probabilidad de ocurrencia de pensamientos intrusivos y estos pueden llegar a ser persistentes después del primer mes de la ruptura. Además, si hay mayores sentimientos de tristeza y estos tienden a mantenerse en el tiempo, es más probable que se presente una alteración afectiva generalizada ante la finalización de la relación.

Field, Diego, Peláez, Deeds y Delgado (2011) señalaron otros aspectos que influyen en el estado emocional de jóvenes adultos que habían finalizado relaciones no maritales. Los resultados de su investigación indican que los sentimientos de traición y el poco tiempo transcurrido luego de la ruptura explican el 37% de la varianza de los síntomas de depresión y distrés. También encontraron que los pensamientos intrusivos podrían contribuir al 28% de la varianza de dichos síntomas.

En cuanto a las personas divorciadas, se encuentran algunos aspectos comunes a los de personas que finalizaron relaciones no maritales, como también otros factores que pueden prolongar la reacción inicial a la pérdida de la relación. Amato (2010, 2014) sostiene que el divorcio es un evento que afecta negativamente a la mayoría de personas, dado que se ven enfrentadas a perder factores positivos implícitos en el matrimonio, así como también a encarar una serie de eventos estresantes. Dentro de los factores positivos que se pierden se incluyen: el

apoyo emocional de la pareja, una pareja sexual estable, la seguridad económica y el hecho de contar con un referente que le anime a adoptar estilos de vida más saludables. En cuanto a los eventos estresantes desencadenados por el divorcio se encuentran: disminución de la calidad de vida, ejercer la paternidad o maternidad de forma unitaria, alejarse de los hijos y distanciarse de los amigos en común con la pareja anterior.

Tavares y Aassve (2013) también encontraron que la intensidad del distrés no está influenciada directamente por el tipo de relación que finalizó; en cambio, sí puede estar fuertemente impactada por la paternidad. Aunque resultó más frecuente que las personas que estaban casadas tuvieran hijos y que, por ende, duplicaran en distrés a las personas que se encontraban cohabitando, al comparar los puntajes luego de seis y 12 meses después de la ruptura, estos tendieron a disiparse rápidamente en ambos grupos.

Gardner y Oswald (2005) compararon las puntuaciones del Cuestionario General de Salud – 12 (Goldberg y Williams, 1988) dos años antes y dos años después de la ocurrencia del divorcio de 430 personas. Cuando ocurrió la ruptura, las puntuaciones indicaron la posibilidad de experimentar un trastorno emocional. Luego de dos años, hubo una disminución de tres puntos en los resultados. Sin embargo, llama la atención que la posibilidad de experimentar el trastorno probablemente no estaba asociada al divorcio en sí, pues las puntuaciones fueron iguales tanto al momento del divorcio como un año antes de que este ocurriera. También se compararon las puntuaciones de las personas divorciadas con las de personas que enviudaron. Las últimas mostraron una mayor probabilidad de experimentar un trastorno emocional, superando el puntaje de los divorciados; no obstante, los puntajes revelaron la misma tendencia a caer que la

evidenciada por las personas divorciadas. De hecho, ambos grupos llegaron a tener las mismas puntuaciones luego de dos años de ocurrido el divorcio o el fallecimiento.

Algunos autores postulan que las respuestas emocionales siguientes a la finalización de una relación romántica toman la forma de un duelo. Field (2011) encontró que, tanto en el fallecimiento de la pareja como en la finalización de relaciones maritales y no maritales, hay aspectos asociados al duelo como pensamientos intrusivos, dificultad para controlarlos, insomnio y compromisos en la función inmune.

Adicionalmente, el autor identificó otros aspectos comunes al concepto de duelo complicado por fallecimiento, formulado por Horowitz, Siegel, Holen, Bonanno, Milbrath y Stinson (1997), entre estos: sentirse excesivamente solo y vacío, pérdida de interés en las actividades personales, tener dificultades para aceptar la ruptura, experimentar angustia, dolor, vacío, amargura y sentirse aturdido. Otros aspectos similares son experimentar rabia por lo ocurrido, tener dificultad para confiar en otros, sentirse lejano de otros o haber perdido la capacidad de preocuparse por los demás, sentir envidia porque otros no han experimentado una ruptura, tener ganas de llorar cuando se piensa en la expareja, sentir atracción por lugares u objetos de la anterior pareja y evitar situaciones o elementos asociados con esta (Field, Diego, Peláez, Deeds y Delgado, 2009).

Sánchez-Aragón y Martínez-Cruz (2014) también han coincidido en la similitud entre los dos eventos. Su investigación derivó en la formulación del duelo romántico, concepto que hace referencia a la ruptura de una relación romántica. Según los autores, el duelo romántico consta de una serie de etapas características. Estas son:

Negación: se caracteriza por los pensamientos y acciones que se efectúan para reconciliarse con la expareja. Se basa tanto en extrañar y anhelar a la pareja anterior, como por el rechazo a lo que sucede (negación), lo que permite que la persona identifique qué pudo haber estado mal en la relación, y a la vez, provoca la experiencia de depresión y otras emociones negativas, como la desesperación, la frustración y la ansiedad.

Hostilidad: se manifiestan reacciones hostiles hacia otras personas, como chantajes a la expareja, inventar cosas que no sucedieron o vengarse. También puede presentarse aislamiento y evitación de las personas, lo que crea situaciones para estar triste, llorar, dejar de comer y auto-flagelarse. Siendo así, es difícil que la persona implicada en el duelo haga cosas para distraerse, hablar con otros o manejarse con cordura y tranquilidad, contribuyendo con ello a pensar que el rompimiento se dio por la presencia de una tercera persona o por falta de amor.

Desesperanza: en esta etapa se presentan varias emociones negativas como la desesperación, frustración, ansiedad, decepción, resignación, desilusión, ausencia total de emociones positivas como gusto, bienestar y entusiasmo, esperanza y calma, entre otras.

Pseudo-aceptación: incluye pensamientos de desprecio y arrogancia con respecto a la ex pareja (p.ej., no encontrará a alguien como yo), así como también sentimientos de resignación. Adicionalmente, la persona siente que la disolución de la relación se produjo por una tercera persona o por falta de amor, lo cual suma para que se presenten sentimientos de desilusión y decepción.

Estrategias de Afrontamiento

Además de las reacciones emocionales asociadas a la ruptura, otras investigaciones han conceptualizado alrededor de las formas de afrontar la pérdida de la relación. Este es el caso de Perilloux y Buss (2008), quienes encontraron que tanto los hombres como las mujeres que recibieron la noticia de la ruptura reportaron pérdida de concentración, dificultad para encontrar una nueva pareja y se describieron como menos deseables que las exparejas. En cuanto a los que rechazaron la relación, se identificó un mayor costo social reflejado en la pérdida de amigos en común con la expareja, la pérdida de acceso sexual dentro del círculo social y deterioro de su reputación, puesto que fueron consideradas como personas crueles. A pesar de que en general no se identificaron diferencias por género, las mujeres que promovieron la ruptura reportaron consecuencias más graves que los hombres una vez esta ocurrió, dado que recibieron más conductas de acecho (stalking) por parte de la anterior pareja.

En cuanto a las emociones experimentadas luego de la ruptura, tanto las personas que rechazaron como las que fueron rechazadas, reportaron sentimientos de venganza, indiferencia, miedo, remordimiento y arrepentimiento. Sin embargo, aquellos que fueron rechazados refirieron sentirse más tristes, molestos, confusos, sorprendidos y envidiosos que quienes rompieron la relación. Estos últimos describieron que luego de terminar la relación experimentaron una combinación de felicidad y culpa.

Entre las estrategias de afrontamiento que más se utilizaron por los rechazados se encontraron: discutir la ruptura con un amigo, llorar y suplicarle a la expareja, evitarla o amenazarla. Se encontró que las mujeres rechazadas recurrieron más a las compras y registraron

más intentos por restablecer la relación que los hombres. Adicionalmente, expresaron mayor frecuencia en rumia, manifestaron que su autoestima se había visto disminuida e informaron de mayor número de intentos de suicidio. Entre los que rechazaron, se hallaron estrategias como: establecer una relación de amistad con la expareja, realizar intentos por mejorar la autoestima de la expareja, beber, consumir drogas, gastar dinero para atraer una nueva pareja y mostrar afecto a alguien en público.

Barber y Cooper (2014) concluyeron que es menos probable que las personas que estuvieron involucradas en relaciones de pareja formales emplearan las relaciones sexuales como una estrategia de afrontamiento, especialmente en los momentos iniciales de la ruptura. Sin embargo, cuando las tenían, las asumían como un medio para afrontar las consecuencias emocionales de la pérdida. Por el contrario, quienes sostuvieron relaciones de pareja menos comprometidas tuvieron más relaciones sexuales luego de la ruptura, pero estas no fueron tomadas como una estrategia para modular las consecuencias emocionales de la pérdida, sino que se consideraron como una forma de seguir adelante luego de esta.

Los resultados del estudio apuntaron a concluir que tener relaciones sexuales con una nueva pareja podría ser un factor que anime a las personas a seguir adelante a pesar de la ruptura. No obstante, el haber detectado que algunas personas usaban el sexo para sobrellevar o superar la pérdida de la relación luego de ocho meses indicaba la presencia de dificultades para recuperarse y seguir adelante.

Procesamiento Cognitivo

Palacio-González, Clark y O'Sullivan (2016) llevaron a cabo un estudio longitudinal para conocer cuáles son las variables de procesamiento cognitivo que funcionan como factores para potencializar el crecimiento postraumático, es decir, la capacidad de una persona para identificar las consecuencias positivas de un hecho que fue estresante o traumático. También se analizaron los factores fomentan el distrés una vez ocurrida la disolución de una relación. Los resultados del estudio indican que el estilo de procesamiento específico respecto de la disolución no es un predictor unidireccional del distrés. Adicionalmente se requiere la presentación de variables más estables, como la tendencia a los reproches, para contar con una predicción más fiable. Sin embargo, cuando el estilo cognitivo se presenta como un rasgo, independientemente de la situación de ruptura, este sí puede constituirse como un buen predictor de distrés asociado a la finalización de la relación.

Es de anotar que, aun presentándose los reproches, si estos conducen a pensamiento deliberado se obtendrán mayores tasas de crecimiento postraumático. También se encontraron resultados similares con el pensamiento intrusivo y la reflexión. Siguiendo estos resultados, los autores concluyen que en una u otra situación pensar en la ruptura es adaptativo, en tanto prospectivamente se involucre al pensamiento deliberado pues, en términos generales, conduce a consecuencias psicológicas más positivas y a crecimiento luego de la disolución de la relación.

En una investigación sobre las rupturas amorosas en adultos jóvenes gay y bisexuales, se encontró que las evaluaciones negativas sobre la ruptura se asociaron a peores resultados en síntomas de depresión, ansiedad y sensación de competencia personal, en comparación con las

personas que habían realizado evaluaciones positivas en la misma situación, lo cual es congruente con estudios similares en población heterosexual (Ceglarek, Darbes, Stephenson y Bauermesiter, 2017).

De acuerdo con este estudio, tanto en evaluaciones positivas como negativas se pueden presentar patrones de rumia, lo cual se sustenta en que en ambas situaciones hubo puntuaciones altas en ansiedad. Para el caso de las evaluaciones negativas, la rumia podría obstaculizar la habilidad para enfrentar el distrés, dado que se acompañaba de altos puntajes en depresión y correlacionó negativamente con los puntajes de autoestima. En cambio, en las evaluaciones positivas, la rumia podía tener un componente de reflexión, que implicaba que la persona tratara de racionalizar el evento por largo tiempo, lo cual daba como resultado la experimentación de ansiedad. Sin embargo, a diferencia de las evaluaciones negativas, no hubo asociación con síntomas depresivos y se presentó una correlación positiva con los puntajes de autoestima.

Cupach, Spitzberg, Bolingbroke y Tellitocci (2011) encontraron que cuando un individuo recibía la noticia de la finalización de la relación, se reportaba más vinculación, rumia, inundación emocional y persistencia en la reconciliación, en comparación con quienes informaban la noticia o quienes lo hicieron por un convenio mutuo. Se reportó mayor autoeficacia en las personas que terminaron la relación que en los rechazados y los que terminaron de común acuerdo. Quienes finalizan la relación son menos propensos a retomar la relación; sin embargo, cuando lo hacen, la vinculación, la rumia y la autoeficacia juegan un rol muy importante. Únicamente la rumia fue un predictor potente cuando la disolución fue de común acuerdo o bilateral, lo cual implica que el descontento mutuo podría traer consigo un

conjunto de procesos cognitivos y comportamentales que preparan a las parejas para aceptar el fin de la relación.

Siguiendo la revisión presentada, en la Tabla 1 se resumen las principales características del duelo por la ruptura de una relación romántica.

Tabla 1.

Características Principales del Duelo por Ruptura de Pareja

Característica	Estudio
El fallecimiento de la pareja y la ruptura de una relación romántica tienen reacciones emocionales similares.	Field et al., 2011; Sánchez-Aragón y Martínez-Cruz, 2014.
El duelo toma una forma crónica cuando la reacción emocional persiste por más de tres meses.	Sbarra y Emery, 2005; Field et al., 2011; Luhman, Hofmann, Eid y Lucas, 2012
El duelo crónico involucra un aumento progresivo de sentimientos de ira, de traición y desconfianza hacia otras personas.	Sbarra y Emery, 2005; Field et al., 2011; Murdock, Fagundes y Lovejoy, 2014.
Es más probable que el duelo sea crónico cuando se ha recibido la noticia de la ruptura, cuando se sigue viendo a la expareja y cuando se ha experimentado una traición.	Perilloux y Buss, 2008; Barber y Cooper, 2014.
La experimentación del duelo es igual entre géneros, orientaciones sexuales y tipos de relaciones.	Perilloux y Buss, 2008; Tavares y Aassve, 2013; Amato, 2014.
Las estrategias de afrontamiento comunes en el duelo son: intentar vengarse y expiar a la expareja, insistir en retomar la relación y alejarse de las personas.	Perilloux y Buss, 2008; Cupach, Spitzberg, Bolingbroke y Tellitocci, 2011; Field et al., 2011; Tavares y Aassve, 2013; Barber y Cooper, 2014; Sánchez-Aragón y Martínez-Cruz, 2014.
Mayor uso de la rumia en personas que fueron rechazadas.	Perilloux y Buss, 2008; Cupach, Spitzberg, Bolingbroke y Tellitocci, 2011.
En el duelo por la ruptura de pareja se presenta rumia en forma de reproche	Sbarra y Emery, 2005; Field et al., 2009; Luhman et al., 2012; Murdock et al., 2014; Ceglarek, Darbes, Stephenson y Bauermesiter, 2017.

Intervenciones

Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) desarrollaron un estudio de caso único con un hombre de 24 años que llevaba cuatro meses mostrando un trastorno adaptativo por la ruptura de una relación de pareja de cinco años de duración. La intervención se desarrolló en 10 sesiones a través de técnicas cognitivo-conductuales, en esta se hicieron actividades de extinción de respuestas condicionadas, autoexposición en vivo y prevención de recaídas.

Luego de la entrada del tratamiento y durante los seguimientos a uno, tres, seis y doce meses, se presentó disminución en ansiedad, riesgo suicida y desesperanza, menor grado subjetivo de tristeza y aumento en los niveles de autoestima. El paciente refirió que aumentaron las horas de sueño y lo calificó como reparador. Retomó las acciones que antes eran evitadas y las actividades sociales que había abandonado, también empezó a salir con otras mujeres. En términos generales, los autores del estudio encontraron que el tratamiento fue exitoso.

En el estudio desarrollado por Eisma et al. (2015) se ratifica la eficacia de los tratamientos basados en la exposición. En esta investigación, compararon dos tratamientos para el duelo complicado y la rumia. Uno de ellos estuvo basado exclusivamente en exposición y el otro en activación conductual. Ambos fueron administrados por internet y bajo la guía de un psicólogo por seis a ocho semanas.

Los resultados del estudio indicaron que, en comparación con la lista de espera, ambos tratamientos mostraron efectos en las variables de interés y estos se mantuvieron durante el seguimiento. No obstante, los efectos más grandes fueron encontrados en la condición de exposición, incluyendo la rumia en respuesta a un estado de ánimo deprimido, la cual no mostró

ningún cambio en el grupo de activación conductual. En resumen, la exposición reduce la necesidad de involucrarse en comportamientos evitativos, incluida la rumia y además es un tratamiento más susceptible de ser administrado por internet, que muestra efectividad para intervenir en casos de duelo complicado.

Otros estudios, como el realizado por Rosner et al. (2015), se comprueba la eficacia de las intervenciones cognitivas. En este caso, las autoras diseñaron un protocolo de 20 sesiones, cada una de estas realizada con periodicidad semanal, basado en terapia cognitivo conductual para 51 adultos que informaron de dificultades por el fallecimiento de una persona cercana.

En las primeras siete sesiones se estabilizaba y motivaba al paciente para explorar la situación de duelo. Durante las siguientes nueve sesiones se enseñaban técnicas de relajación y posteriormente se confrontaban y reinterpretaban las cogniciones y percepciones sobre el propio paciente, la persona fallecida o las circunstancias de la muerte. En las últimas sesiones se examinaban los planes futuros mientras se mantenía un vínculo saludable con la persona perdida. En comparación con el grupo control, las personas de la condición experimental mostraron reducciones significativas en la severidad de la pena, inclusive las mejoras podían seguirse dando luego de 1,5 años después del tratamiento. Si bien hubo mejoras en los síntomas de distrés psicológico, estos se mantuvieron estables entre las medidas post-tratamiento y seguimiento.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) también ha dado cuenta de su eficacia en la intervención sobre el duelo. Específicamente, Luciano y Cabello (2001) refieren el caso de un hombre de 55 años que cursaba un proceso de duelo complicado a raíz de la pérdida de su hijo. El paciente había abandonado su trabajo, se dedicaba en exclusiva a llorar y, mientras lo

hacía, tenía pensamientos y recuerdos persistentes sobre la muerte del hijo, como también, generaba muchos reproches hacia sí mismo. No salía de la casa para evitar que personas cercanas le preguntaran por la situación, además rehuía las actividades que le supusieran disfrutar, soportado en que ya no tenía derecho a ello. También reportaba dificultades en las relaciones con su esposa, hijos y nietos. Los familiares se mostraban permisivos con las conductas manifestadas, argumentando que estas eran respuestas inevitables dado el fallecimiento.

El tratamiento se desarrolló fundamentalmente, haciendo uso de metáforas y ejercicios experienciales, cuyo objetivo fue alterar las relaciones entre sentir, pensar y actuar que mantenían las conductas de evitación, a través de la modificación de los contextos verbales. Las primeras dos sesiones se enfocaron en revisar cómo las conductas de evitación y la forma de ejercer control sobre los pensamientos y recuerdos aversivos generaban alivio y, sin embargo, ambos aspectos implicaban mayor grado de dolor y deterioro en aspectos importantes de la vida. Al respecto, se definieron acciones encaminadas a metas, en especial sobre las relaciones con sus familiares.

De la sesión 3 a 8 se ejecutaron las acciones definidas en las sesiones anteriores, se hizo énfasis en la desliteralización de pensamientos y se resaltó la importancia de exponerse a situaciones que no eran deseadas pero que implicaban acercarse a lo que es valioso para el paciente. Hasta la sesión 18 se siguieron abordando aspectos de desliteralización y manejo de momentos críticos. En esta fase se determinó que el paciente podía continuar con sus rutinas sin el seguimiento frecuente de la terapeuta. En adelante se realizaron tres sesiones más: una a los 15

días, otra al mes y la tercera al cuarto mes. El foco de las últimas sesiones fue recalcar sobre las acciones encaminadas a valores.

Como resultado general, se obtuvo que los síntomas depresivos y las conductas de evitación disminuyeron, se presentó mayor distanciamiento de los pensamientos y recuerdos dolorosos y hubo aumento de acciones encaminadas a valores. El paciente refirió que luego de haber tomado el tratamiento, experimentó una sensación de paz, abandonó el uso de prendas negras en representación de su luto, mejoró las relaciones con sus familiares y empezó a realizar cursos de su interés ofrecidos por el gobierno de su localidad.

Como ha sido observado, en todas las intervenciones se ha tomado de manera directa o tangencial el procesamiento cognitivo, sin embargo, la intervención que aquí se expuso hizo notar que no hubo un intento directo por generar modificaciones en este, más bien, su eficacia se sustentó en que el participante entró en una relación distinta con los eventos privados aversivos alrededor del duelo. Esta modificación ocurre porque ACT considera que, en ciertos contextos, los procesos de lenguaje son el origen de repertorios de comportamiento rígidos e ineficaces, en específico, cuando se toman literalmente los contenidos de las experiencias (fusión cognitiva) y se lucha contra estos, dando lugar a comportamientos de evitación. Por tanto, uno de los objetivos de ACT es terminar con dicha literalidad y, además, construir un contexto alternativo que favorezca un comportamiento alineado con los propios valores (Hayes, 2004).

Según ACT, las personas luchan por finalizar con los eventos privados evaluados negativamente, sean pensamientos, estados corporales, sensaciones o recuerdos, los cuales, poseen funciones verbales aversivas (catalogadas como sufrimiento, malestar, ansiedad,

depresión, entre otras); sin embargo, de forma paradójica se provoca su ampliación y la consiguiente limitación en la vida (Wilson y Luciano, 2002). Entonces, el objetivo es alterar las funciones o las relaciones desadaptativas entre pensar-sentir y actuar, lo que significa desarticular la relación que la persona tiene con los propios contenidos psicológicos (Luciano, Gutiérrez-Martínez y Rodríguez-Valverde, 2005).

En general, la terapia propone una intervención que utiliza métodos clínicos como las metáforas, las paradojas y los ejercicios experienciales. ACT lleva a la persona a analizar cuáles han sido las estrategias que ha utilizado para solucionar sus problemas, y que finalmente no han resultado efectivas, a pesar de que estas resultaran lógicas y muy bien ejecutadas. Estos problemas consisten en todos los esfuerzos que realiza el paciente para retirar el malestar y generar control. Siendo así, ACT promueve la aceptación de los estados psicológicos molestos, de forma que, independientemente de tener pensamientos, emociones y recuerdos que son desagradables, el paciente se dirija hacia lo que es importante y valioso en su vida, o lo que es equivalente a comportarse en un marco de flexibilidad y perspectiva de los procesos verbales, donde elija su reacción ante la experiencia que teme (García-Montes, Pérez-Álvarez y Fernández-García, 2007; Wilson y Luciano, 2002).

A través de los métodos clínicos, el cliente clarifica las direcciones valiosas y no valiosas. Además, visibiliza y se hace cargo de las oportunidades y barreras asociadas a estas direcciones. Dichos métodos ayudan a reducir el impacto literal del lenguaje, ofreciendo múltiples oportunidades de exposición a los eventos privados que se toman como barreras. De esta forma, se practica la diferenciación entre el “yo como contexto” (la persona que actúa en concordancia

con los valores) y el “yo como contenido” (la persona que actúa rígidamente en coordinación con el contenido cognitivo que llegara a surgir).

Las metáforas contienen analogías del problema y alternativas de solución, y las paradojas muestran las trampas verbales o los juegos del lenguaje y las contingencias. Los ejercicios experienciales adoptan diversas formas; sin embargo, van dirigidos a la exposición a los eventos privados tal cual se presentan, desde la posición del yo como contexto, que observa y que los contiene. Se trata de que el cliente los experimente “como lo que son y no como lo que dicen ser”, que esté en condiciones de observarlos sin predecirlos ni juzgarlos, para que posteriormente elija con responsabilidad la dirección de su vida (Luciano, Gutiérrez-Martínez y Rodríguez-Valverde, 2005).

La terapia también incluye la minimización del control de regulación *pliance* y la flexibilización del control de seguimiento *tracking*, de modo que se produzca o se contextualice donde sea efectivo para la persona. ACT también apunta a decrementar los *augmentals* que conducen a los comportamientos de evitación y a potenciar el ajuste a aquellos que resulten efectivos (Hayes, 2004). ACT contiene una serie de elementos que ocurren en todos los momentos de la relación terapéutica. Entre estos, se resalta el establecimiento y el mantenimiento de un contexto terapéutico, donde se minimizan las funciones del terapeuta y se destaca la responsabilidad del paciente al responder en cada momento ante lo que siente y piensa. La terapia también incluye el uso de la desesperanza creativa, la cual se lleva a cabo al introducir fórmulas verbales que alteran el contexto de la regulación verbal destinada a controlar los

eventos privados y la literalidad. Siendo así, se confronta al paciente con lo que hace, con lo que pretende y lo que consigue a corto y a largo plazo (Wilson y Luciano, 2002).

Otro de los elementos de ACT es la clarificación de valores. Esta implica la diferenciación entre lo que el cliente valora y lo que hace, y la posibilidad de enmarcar las funciones verbales de los eventos privados en coordinación temporal con las acciones valiosas. Entonces, el paciente contará con la posibilidad de diferenciar entre lo que puede y no puede ser cambiado, entre lo que supuestamente debe hacerse de lo que es útil e importante.

El cliente puede darse cuenta de la responsabilidad propia frente a los eventos privados e identificar las implicaciones de actuar en dirección valiosa, haciéndose cargo de los eventos privados que puedan presentarse. Este componente daría sentido, dirección e importancia a la vida, lo cual brinda un espacio para que el paciente avance, a pesar de las experiencias y el sufrimiento. Los valores representarían las direcciones que guían el camino (horizontes), más que los destinos que se alcanzan (metas y objetivos). De forma práctica, la clarificación de valores se expresa en áreas de la vida que son importantes y consistentes para la persona, tales como relaciones familiares, de pareja, de parentesco, amistad y relaciones sociales, trabajo, educación y capacitación, ocio, espiritualidad, comunidad o bienestar físico (Pérez-Álvarez, 2012).

Aspectos Metodológicos

Objetivos

Objetivo general

Determinar el efecto de la terapia de aceptación y compromiso en el duelo por ruptura de pareja.

Objetivos específicos

Identificar el efecto de ACT en la reducción del distrés luego de la ruptura.

Analizar el efecto de ACT sobre el descenso de los síntomas emocionales.

Estimar el efecto de ACT en el decremento de pensamiento repetitivo.

Señalar el efecto de ACT en la disminución de la evitación experiencial.

Evaluar el efecto de ACT en el incremento de la conducta orientada a valores.

Valorar el efecto de ACT en el aumento de la satisfacción con la vida.

Variables

Variable Independiente. La intervención que se propone en este estudio se soporta en el protocolo breve de intervención que surgió de las investigaciones de Ruiz et al (2018) y Ruiz, García-Beltrán, Monroy-Cifuentes, Suárez-Falcón (2019) y Ruiz, Riaño-Hernández, Suárez-Falcón y Luciano (2016). En estos estudios se demostró la eficacia de un protocolo de ACT centrado en reducir el pensamiento negativo repetitivo en forma de preocupación y rumia.

En la primera sesión se presenta a la rumia y a la preocupación como aspectos transversales en la dificultad para aceptar la finalización de una relación de pareja, y explicar cómo ambas se desenvuelven dando lugar a conductas de evitación experiencial, que en esencia

llevan a que una persona se aleje de aspectos valiosos e importantes en su vida. Posteriormente y a través de ejercicios experienciales, se trabaja en que la persona experimente la habilidad del yo observador, reconozca las estrategias de evitación experiencial como el enfrentamiento inútil y poco provechoso para controlar los eventos privados, contacte con las consecuencias de estas conductas y, además, note cuál es la progresión de la rumia y la preocupación en su caso específico y tome perspectiva frente a estas.

En la sesión dos se hace énfasis en la defusión cognitiva y en la práctica de la habilidad del yo como contexto, a partir de ejercicios experienciales neutros que posteriormente son puestos en contextos de valor y en el desarrollo de las situaciones que implican mayor dificultad para la persona (p.ej. sostener una relación de amistad con amigos entrañables y que siguen frecuentando a la pareja anterior). Esta sesión también se dirige a explorar algunas acciones valiosas y las posibles barreras que se pudieran presentar. Incluye la generación de acuerdos para llevarlas a cabo fuera de la sesión.

En la sesión tres continúa la práctica de la habilidad del yo como contexto y se definen concretamente las áreas de valor, los valores, las acciones valiosas y las posibles formas de abordar los obstáculos que pudieran presentarse en el curso de una vida significativa. Entre sesiones, la persona practica lo entrenado durante las consultas a través de audios. Estos van aumentando en variedad y cantidad a medida que transcurren las sesiones y van pasando de situaciones neutras a eventos puntuales donde se practica la habilidad del yo como observador, del yo como contexto y la capacidad de elegir entre alternativas.

Variables Dependientes

Distrés por la ruptura. Se trata de una serie de síntomas persistentes y prolongados, ocurridos luego de la finalización de una relación de pareja y que interfieren en el funcionamiento diario. Contiene la presentación de pensamientos intrusivos y emociones intensas y la evitación de actividades asociadas con la relación finalizada o de situaciones alrededor de la expareja. La variable es medida con la Escala de Distrés por Ruptura (Breakup Distress Scale; BDS; Field, Diego, Peláez, Deeds y Delgado, 2009).

Síntomas emocionales. También denominados como afecto negativo. Describen una sensación general de malestar subjetivo, que incluye una variedad de estados de ánimo aversivos, entre los que se encuentran: enojo, desprecio, disgusto, culpa, miedo y ansiedad (Watson y Tellegen, 1985). La variable se mide con Depression Anxiety Stress Scale – 21 (DASS – 21; Antony, Bieling, Cox, Enns y Swinson, 1998; validado en Colombia por Ruiz, García-Martín, Suárez-Falcon y Odriozola-González, 2017).

Pensamiento repetitivo. Es un comportamiento para afrontar el estado de ánimo negativo, que involucra la atención centrada en sí mismo y se distingue por tener un enfoque repetitivo y pasivo en las emociones negativas (Treynor, Gonzalez y Nolen-Hoeksema, 2003). Condensa pensamientos y conductas que enfocan la atención de una persona en sus síntomas, sus posibles causas y consecuencias (Nolen-Hoeksema, Morrow y Fredrickson, 1993). Esta variable se mide con Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ; Ehring et al., 2011; validado en Colombia por Ruiz et al., en revisión).

Evitación experiencial. Son todos los esfuerzos que realiza una persona para finalizar con las funciones verbales aversivas de los eventos privados evaluados negativamente (pensamientos, estados corporales, sensaciones o recuerdos) y para generar control sobre estos mismos. La evitación se produce cuando se toman literalmente los contenidos de las experiencias (fusión cognitiva) y se lucha contra estos (García-Montes, Pérez-Álvarez y Fernández-García, 2007; Wilson y Luciano, 2002). Esta variable es medida a través de Acceptance and Action Questionnaire – II (AAQ – II; Bond et al., 2011; validado en Colombia por Ruiz et al., 2016) y del Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ; Gillanders et al., 2014; validación en Colombia por Ruiz, Suárez-Falcón, Riaño-Hernández y Gillanders, 2017).

Actuación en dirección a valores. Es el patrón de comportamiento que vincula las acciones con principios simbólicos y abstractos de acción, que están presentes durante su realización y que pueden seguirlo estando aun cuando se haya alcanzado un objetivo, tomado una decisión específica o ejecutado cualquier acción que hace parte de tal patrón (Smout, Davies, Burns y Christie, 2014; Villatte, Villate y Hayes, 2016). Esta variable es medida a través del Valuing Questionnaire (VQ; Smout, Davies, Burns & Christie 2014; validado en Colombia por Ruiz, Suárez – Falcón, Riaño – Hernández & Gil-Luciano, en revisión).

Satisfacción con la vida. Es la comparación que hace una persona entre sus valores y las circunstancias de vida percibidas. Siendo así, cuanto más coincida la comparación, se informará de mayor satisfacción con la vida (Pavot y Diener, 1993). Esta variable se mide a través de Satisfaction With the Life Scale (SWLS; Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985; validación en Colombia por Ruiz, et al., 2019).

Método

Diseño

Línea de base múltiple entre participantes no concurrente y aleatorizada. En este diseño se elige la amplitud de cada una de las líneas de base. Luego, cuando una persona esté disponible para ingresar al estudio, se le asigna aleatoriamente una de las líneas y comienza la observación durante el periodo que le haya correspondido. Posteriormente, inicia el tratamiento y durante este se siguen realizando las mediciones. Cuando otra persona se encuentre disponible comienza un proceso similar al que se ha descrito. Este diseño permite demostrar el cambio en el comportamiento blanco únicamente cuando entra la intervención en momentos diferentes con cada uno de los participantes (Barlow, Nock, y Hersen, 2009; Kazdin, 2011; Watson y Workman, 1981).

Participantes

Tres personas con dificultades para aceptar la ruptura de la última relación de pareja. La muestra se recolectó de forma incidental a través de anuncios en redes sociales. Se incluyeron a personas mayores de 18 años que manifestaron dificultades por un periodo igual o superior a tres meses, a raíz de la ruptura de una relación sentimental de mínimo 12 meses de duración. No hicieron parte del estudio aquellos que, aun cumpliendo con los criterios anteriores, estuvieran recibiendo intervención psicológica o psiquiátrica, presentaran ideas suicidas, trastorno psicótico o abuso de sustancias psicoactivas.

La Participante 1 (P1) fue una mujer de 23 años que sostuvo un noviazgo por cinco años. Luego de una discusión, la expareja terminó la relación. Ella intentó retomarla varias veces, pero

la expareja le manifestó que no deseaba volver a verla. Dos años después de la ruptura, P1 evitaba salir con sus amigos pues le resultaba molesto enfrentarse a las preguntas que estos formulaban respecto de por qué aún no había empezado una nueva relación. También declinaba el acercamiento de parejas potenciales. P1 trabajaba con la expareja y le resultaba recurrente anhelar estar con él para que le acompañara en las tareas propias de su trabajo.

Si bien continuó manteniendo sus relaciones de amistad y realizando su trabajo, en las situaciones descritas pensaba intensa y persistentemente en cómo iba a convertirse en una mujer solitaria y triste, igual que algunas otras mujeres en su familia que no tenían pareja. Todas las noches empleaba una gran cantidad de tiempo en espiar a la expareja en redes sociales, por lo cual notaba que al día siguiente se levantaba muy cansada y lamentaba no haber empleado ese tiempo en otras actividades. La vivencia de estas experiencias le llevaba a desear llamar a la expareja para que retomaran la relación, cuando para ella resultaba clara su negativa y, además, tampoco existía la intención de volver a la relación por su parte. La experiencia fue descrita como: “todo el tiempo es una lucha interna con la condena de mi familia”.

La Participante 2 (P2) tiene 23 años y mantuvo un matrimonio por cinco años, el cual finalizó a causa de una infidelidad por parte de la expareja. Después de la ruptura y por un tiempo de seis meses, ella se mantuvo en comunicación con ésta a través de redes sociales y el exesposo le daba a entender que deseaba retomar la relación. Sin embargo, por las mismas redes sociales la participante se percató de que la expareja mantenía una relación afectiva con otra persona.

A partir de ese momento, P2 se percibe como una persona “que podría volverse loca”, que temía quedarse sola. Su desempeño académico decrementa y comienza a experimentar migrañas y otros problemas de salud. P2 refiere que sus compañeros de clase y amigos frecuentemente le llamaban la atención porque la veían enferma y triste, siendo que regularmente se destacaba por ser una persona amable, cordial y visiblemente feliz. P2 desconfiaba de las personas que le rodeaban por lo cual prefería estar alejada de ellas. Si estas promovían el contacto, ella procuraba disimular su estado y hacerles entender que lo ocurrido con el exesposo no le estaba afectando. La participante empleaba tiempo en insultar y tratar mal a la expareja por medio de las redes cada vez que este le escribía. Posteriormente, notaba que perdía tiempo rememorando todo lo que había ocurrido, lo cual la hacía más lenta en el trabajo.

La Participante 3 (P3) tiene 32 años. Sostuvo un noviazgo por poco más de un año y lo finalizó al darse cuenta de que su pareja poco a poco fue perdiendo interés en ella, especialmente, cuando dejó de prestarle ayuda cuando P3 cursó por una enfermedad que le afectó gravemente. Ocho meses luego de la ruptura, la participante se observaba como una persona altamente susceptible a la crítica y presta a emprender discusiones cada vez que alguien indicaba alguna omisión o error en su comportamiento, aunque esto fuera un comentario trivial. Luego de la ruptura, empezó un nuevo trabajo, sin embargo, su rendimiento laboral era regular: trabajaba de manera lenta, frecuentemente olvidaba lo que tenía que hacer y cometía errores, lo cual era notado y retroalimentado por su jefe y compañeros de trabajo.

P3 sostenía relaciones distantes con su grupo de trabajo, consideraba que ellos le podían hacer daño y entorpecer su desempeño laboral. También comenzó a mostrarse distante con sus

amigos y las parejas potenciales, de tal manera que rechazaba sus invitaciones pues salir le resultaba poco interesante (“es como una pereza”). En términos generales, P3 consideraba que se había convertido en una persona “difícil de llevar”. El aspecto que resultaba más molesto luego de la ruptura era la dificultad para emprender actividades. La participante establecía planes a nivel laboral y académico y no los llevaba a cabo, hacía largas listas de razones por las cuales no podrían ejecutarse pues ella terminaría por hacerlo mal, lo cual describió como: “así como en la relación con esa persona, es mi culpa”.

En general, la selección de los participantes en el estudio fue difícil, ya que una gran parte de los postulantes había tenido rupturas hacía menos de un mes o estaban involucrados en relaciones que terminaban y retomaban cada cierto tiempo, y buscaban una intervención psicológica para saber si continuaban o no con la relación. Otro tanto de los candidatos estaba involucrado en triángulos amorosos y deseaba participar de la intervención para salir de este estilo de relacionamiento afectivo. Solo las tres personas que se describieron cumplieron con los requisitos necesarios para participar de la intervención, los demás postulantes fueron remitidos a la red de Instituciones de Servicios Universitarios de Atención Psicológica (ISUAP).

Instrumentos

BDS. Tiene 16 reactivos que rastrean la frecuencia con la que se manifiestan algunos comportamientos que suelen asumir las personas cuando cursan por el duelo debido a la ruptura de una relación de pareja. El instrumento viene presentado en una escala tipo Likert de cuatro puntos (1 = casi nunca; 4 = casi siempre). La consistencia interna para la validación en población norteamericana es alta (alfa de Cronbach de .91) (Field et al., 2009). Se realizaron dos

traducciones independientes del instrumento y luego se compararon para obtener un solo elemento con el cual derivar una medida directa del comportamiento objeto de estudio, siguiendo el método recomendado por Muñiz, Elosua y Hambleton (2013).

DASS-21. Consta de 21 ítems que describen estados emocionales negativos. Los ítems se responden en una escala tipo Likert de cuatro puntos (0 = no me ha ocurrido; 3 = me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo). Contiene tres subescalas: Depresión, Ansiedad y Estrés. La suma de sus puntajes permite obtener una medida de síntomas emocionales. La consistencia interna de la validación colombiana es alta (alfa de Cronbach de .92 para aplicación física y .93 para aplicación online) (Ruiz et al., 2017).

PTQ. Tiene 15 ítems que rastrean la presencia de Pensamiento Negativo Repetitivo (PNR) cuando se enfrentan experiencias negativas. Tiene una estructura jerárquica de un factor superior que representa PNR general y tres factores de orden inferior: intrusión, improductividad y fusión. PTQ está formulado en una escala tipo Likert de cinco puntos (0 = Nada; 4 = Casi siempre) y la escala general tiene una consistencia interna general alta (alfa de Cronbach de .95) al igual que todos sus factores (factor 1 = .94, factor 2 = .83 y factor 3 = .86). La validación del PTQ en Colombia tuvo una consistencia interna alta (alfa de Cronbach de .96). La puntuación media en población no clínica (N = 186) fue de 22.52 (SD = 13.99) y en población clínica (N = 78) fue de 33.77 (SD = 14.72) (Ruiz et al., en revisión).

AAQ-II. Contiene 7 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 7 puntos (1 = *nunca es verdad*; 7 = *siempre es verdad*). Evalúa evitación experiencial o el grado en que una persona actúa con el fin de finalizar con los eventos privados evaluados negativamente. La

validación en población colombiana mostró una consistencia interna alta (alfa de Cronbach de .90) y una estructura unifactorial. Las puntuaciones promedio de los participantes sin problema clínico se ubican entre 18 y 23 puntos, en tanto que las puntuaciones promedio de los participantes clínicos son superiores a 29 puntos (Ruiz et al., 2016).

CFQ. Mide el grado de fusión cognitiva en 7 ítems, a través de una escala tipo Likert de 7 puntos (1 = nunca es verdad; 7 = siempre es verdad). Entre mayor sea la puntuación, hay más fusión cognitiva. Las puntuaciones de los participantes no clínicos suelen encontrarse entre los 20 y 24 puntos, mientras que la de los participantes clínicos son mayores a 29 puntos. CFQ tiene una estructura unifactorial y la consistencia interna de la validación colombiana es aceptablemente alta (alfa de Cronbach de .93) (Ruiz et al., 2017).

VQ. Evalúa si se ha tenido una vida de valor durante la semana anterior a su diligenciamiento. El instrumento tiene 10 ítems que se responden en una escala tipo Likert con siete opciones de respuesta, que van desde cero hasta seis (0 = en absoluto; 6 = completamente verdad). El cuestionario posee dos subescalas: Obstrucción y Progreso. Las puntuaciones medias obtenidas en la validación del instrumento en población colombiana son 19.5 (SD = 6.43) para Progreso y 11.7 (SD = 6.88) para Obstrucción (Ruiz et al., en revisión).

SWLS. Consta de cinco reactivos medidos a través de una escala tipo Likert de siete puntos (1 = nunca es verdad; 7 = siempre es verdad). Contiene cinco puntos de corte en donde las puntuaciones de 5 a 9 se entienden como extremadamente insatisfecho, 10 a 14 es equivalente a insatisfecho, 15 a 19 implica estar ligeramente por debajo del promedio, 20 a 24 refleja una puntuación promedio, mientras que los puntajes superiores a 25 significan una puntuación alta en

satisfacción. La consistencia interna de la validación colombiana es aceptablemente alta (alfa global de .89) (Ruiz et al., 2019).

MINI - Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview; Sheehan et al., 1998). MINI es una entrevista estructurada que permite verificar la presencia de un trastorno psiquiátrico del Eje I del DSM-IV. Se divide en módulos que equivalen a una categoría diagnóstica. Cada módulo se compone de varias preguntas que funcionan como filtro y que corresponden a los criterios principales de la categoría. Las preguntas tienen opciones de respuesta Sí o No. Por cada una de las respuestas Sí se asigna un punto. Al final de cada módulo se suman los puntos para determinar si se presenta un trastorno. La validación realizada para Estados Unidos y Francia evidenció valores Kappa sobre .75 (Sheehan et al., 1998).

Procedimiento

Fase 1. Convocatoria por redes sociales. Los interesados llenaron un cuestionario en línea donde se verificaron los criterios de inclusión, quienes los cumplieron fueron contactados telefónicamente para acordar una entrevista presencial.

Fase 2. Desarrollo de la entrevista presencial. Esta entrevista tenía por objetivo conocer detalles acerca de la relación que finalizó como: tipo de relación, tiempo de duración, las razones por la que terminó, principales dificultades asociadas a la ruptura y expectativas frente al proceso de intervención. Una vez verificada esta información, se desarrollaba la entrevista MINI. Con ambos insumos se determinaba quién podía ingresar al estudio. A quienes cumplían con todas las condiciones se les explicaba en qué consistía el estudio y se firmaba el consentimiento

informado. Cuando alguien no reunía los requisitos era remitido inmediatamente a la red ISUAP.

Fase 3. Los participantes se asignaron aleatoriamente a un punto de inicio de la intervención entre la tercera y la quinta semana de recolección de la línea de base, a través del software www.randomizer.org. Las participantes contestaron los cuestionarios para evaluar las variables dependientes de manera semanal. Estos les eran remitidos por vía Web y así mismo eran devueltos completamente diligenciados.

Fase 4. Desarrollo semanal de cada una de las tres sesiones que integra el protocolo de intervención. La primera sesión tuvo una duración de 90 minutos, en tanto que las dos restantes se ejecutaron en 60 minutos cada una. Antes de iniciar cada sesión, las participantes diligenciaban los cuestionarios para evaluar las variables dependientes.

Fase 5. Seguimiento por siete semanas, con aplicación semanal de los instrumentos referenciados anteriormente.

Consideraciones éticas

En todas las etapas de la investigación se garantizó el respeto a la dignidad y el bienestar de las personas que participaron de esta, conservando su anonimato, así como el cumplimiento de los principios y valores de las normas éticas vigentes en Colombia para el ejercicio de la psicología (Ley 1090 de 2006, art. 2, 49 y 50). De acuerdo con lo definido en el estándar ocho del Código de Conducta y Principios Éticos de la American Psychological Association (APA, 2017), se elaboró un consentimiento informado con el que se comunicó y verificó la comprensión del objetivo, procedimiento y tiempo de desarrollo de la investigación, se

explicaron las condiciones para la guarda, custodia y confidencialidad de la información. El consentimiento también contó con un párrafo donde se estipuló que se revelaría información únicamente en los casos definidos por la ley o cuando se identificara alguna posibilidad de daño para los participantes u otras personas.

Se aclaró que habría la libertad de participación en la investigación, así como de retirarse. También se incluyó un apartado donde los participantes tuvieron la posibilidad de autorizar la grabación en audio y video de las sesiones. Cuando alguien no reunió los criterios de inclusión en la investigación, se le informó por medio escrito y se le enlazó con la red ISUAP.

Resultados

Se graficaron todos los resultados para realizar un análisis visual de los mismos de acuerdo con lo recomendado por Parker y Vannest (2012). También, se obtuvo un estimador general del tamaño del efecto de la intervención a través del cómputo del tamaño del efecto para diseños de línea base múltiple propuesto por Pustejovsky, Hedges y Shadish (2014). Este tamaño del efecto corresponde con una diferencia de medias estandarizada que cuenta con la misma métrica que la d de Cohen que es típicamente utilizada en diseños de grupo. Esto facilita la comparación directa e integración de los resultados obtenidos a través de este tipo de diseños.

En la Tabla 2 se presenta el tamaño del efecto de la intervención para cada una de las variables que se midieron, el cual, fue grande para todas estas (BC-SMD $>.80$). Los valores presentados en positivo indican incrementos en comparación con la línea de base; si están presentados en negativo, se identifica que los valores disminuyeron respecto de lo evidenciado

en la línea de base. El análisis del intervalo de confianza (CI) al 95% muestra significancia estadística de todas las variables dependientes, ya que el CI no incluye el valor 0, lo cual indica un valor de importancia clínica.

Tabla 2

Diferencia de Medias Estandarizadas

Variable	Estimado BC-SMD	Error estándar	95% CI (inferior)	95% CI (superior)
Distrés por la ruptura	-67.683	1.1591	-92.100	-47.848
Sintomatología emocional	-22.784	7.141	-374.821	-10.468
Pensamiento repetitivo	-37.709	8.206	-55.168	-24.351
Evitación experiencial	-423.841	8.109	-594.531	-28.593
Fusión cognitiva	-50.995	8.550	-68.878	-36.099
Dificultades para encaminarse a valores	-19.596	8.285	-36.998	-84.470
Actuación en dirección a valores	1.522	1.0800	5.280	3.5906
Satisfacción con la vida	1.2173	6.054	4.812	2.4690

Nota: BC-SMD = Tamaño del efecto Std. Error = Error estándar

En términos generales, P1 mostró una línea de base irregular, sin embargo, ésta logró estabilidad luego de la entrada del tratamiento, mostrando que las puntuaciones decrementaron o aumentaron de acuerdo con lo esperado inmediatamente después de la primera sesión. P2 y P3 tuvieron unas líneas de base más estables, que revelaron cambios esperados de forma más sobresaliente cuando terminaron las tres sesiones. En P2 destaca que algunas puntuaciones tuvieron una alteración del patrón que venían exhibiendo durante la segunda semana del

seguimiento, lo cual se atribuyó a que en ese momento falleció una persona cercana a la participante. No obstante, las puntuaciones retornaron al patrón luego de esa novedad.

La Figura 1 muestra que el distrés luego de la ruptura empieza a decrementar notablemente luego de la primera sesión de tratamiento para las tres participantes. El cambio se manifiesta de forma gradual en el transcurso de las sesiones, y entre la primera y la tercera semana de seguimiento, las puntuaciones se ubican en el mínimo posible. Así continúan hasta el último punto de este periodo. En el caso de P2, se observó que la puntuación durante la segunda semana del seguimiento no tuvo ninguna alteración, al contrario de lo que ocurrió con las demás variables.

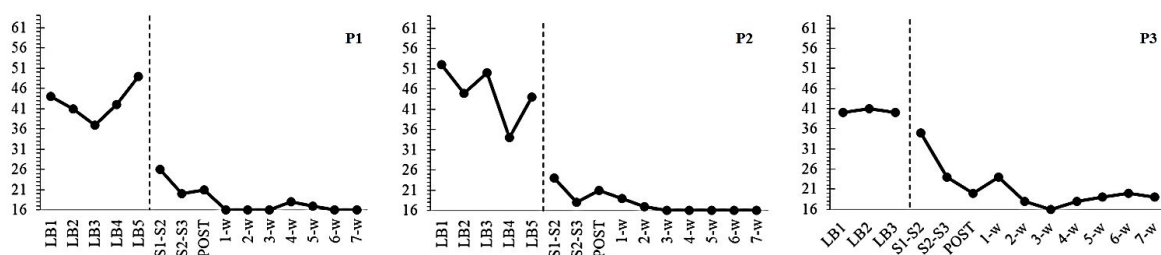


Figura 1. *Puntuaciones en BDS*

Como se observa en la Figura 2, los cambios en la sintomatología emocional fueron diversos; mientras que para P1 y P3 se mantuvo entre leve y moderada hasta la segunda y la primera semana de seguimiento respectivamente, P2 pasó de depresión y estrés severos y ansiedad extremadamente severa, a una sintomatología moderada luego de la primera sesión.

Para P1 y P3 la sintomatología desapareció a la sexta y a la segunda semana del seguimiento respectivamente (sin que para P1 se presentara alguna novedad durante este punto), en tanto que P2 no la volvió a experimentar después de que culminaron las tres sesiones y así continuó a lo largo del seguimiento.

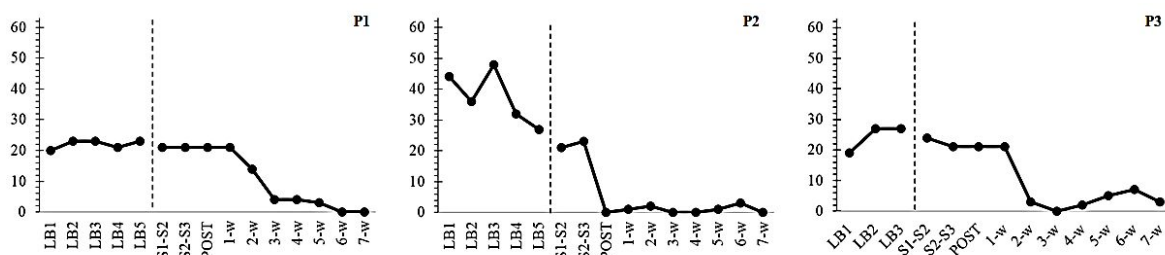


Figura 2. *Puntuaciones en DASS-21*

En la figura 3 se identifica que el pensamiento repetitivo estuvo por encima del promedio para población no clínica para las tres participantes durante la línea de base. La puntuación de P1 empezó a ubicarse por debajo del promedio a partir de la segunda sesión y siguió disminuyendo a partir de ese punto, sin embargo, se observó un incremento hacia la segunda semana del seguimiento que se sostuvo hasta la sexta semana de ese periodo. P2 empezó a estar por debajo del promedio luego de la primera sesión y hubo ausencia del pensamiento repetitivo después de la segunda, con excepción de algunas semanas donde la puntuación subió levemente. En cuanto a P3, la puntuación estuvo por debajo del promedio después de la segunda sesión de intervención.

El decremento comenzó a mantenerse estable a partir de la segunda sesión y hasta la finalización del seguimiento.

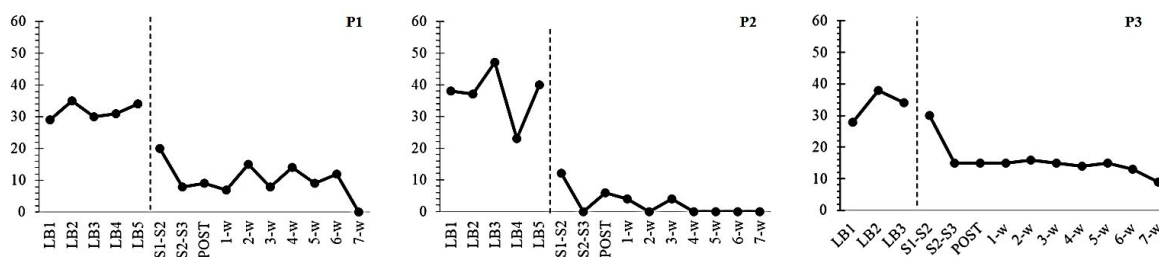


Figura 3. *Puntuaciones en PTQ*

Como puede notarse en la Figura 4, la evitación experiencial disminuyó desde la primera sesión de intervención para P1 y P2. Los decrementos fueron más evidentes una vez terminó el tratamiento. Como se ha observado en otras variables, P1 registró gran variabilidad en las puntuaciones a partir de la segunda semana del seguimiento, no obstante, estas tendieron a mantenerse en el límite inferior y siempre por debajo del promedio para población no clínica. P2 redujo la evitación al mínimo posible cuando finalizó el tratamiento y así permaneció durante las medidas que le siguieron. P3 comenzó con una evitación por encima del promedio, durante las sesiones se mantuvo en el promedio y, una vez estas terminaron, las puntuaciones estuvieron por debajo del promedio para población no clínica.

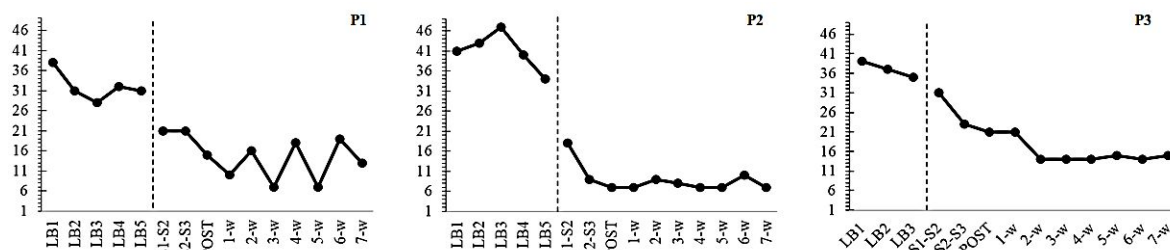


Figura 4. Puntuaciones en AAQ-II

En la Figura 5 se detallan los cambios ocurridos en la fusión cognitiva por cada una de las participantes. P1 mostró disminución de la fusión cognitiva a partir de la primera sesión, P2 y P3 después de la segunda. P1 y P3 empezaron con puntuaciones dentro y por encima del promedio para población clínica respectivamente, y una vez terminadas las sesiones, ambas participantes tuvieron una fusión por debajo del promedio. Así continuaron en lo corrido del seguimiento. P2 llegó al límite más bajo posible de fusión a partir de la segunda sesión y sus resultados tendieron a ser los mismos en el transcurso del seguimiento.

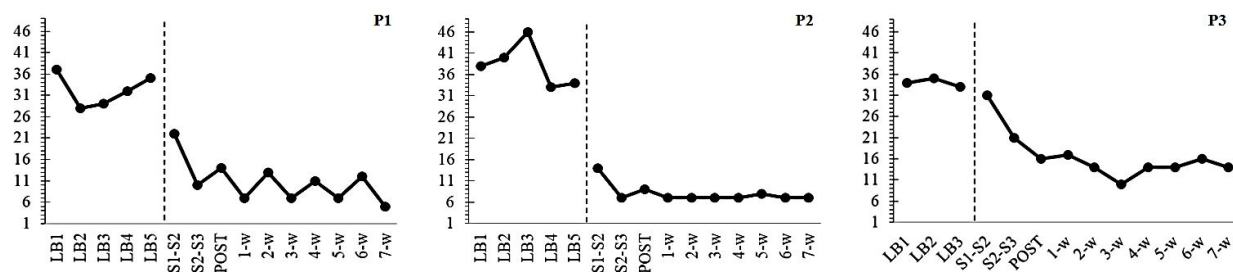


Figura 5. Puntuaciones en CFQ

En las líneas de base para la actuación dirigida a valores, representadas en la Figura 6, tanto P1 como P3 se ubicaron dentro del rango promedio para poblaciones no clínicas, mientras que P2 presentó puntuaciones muy altas en la subescala de Obstrucción y muy bajas en la subescala de Progreso. En cualquier caso, las tres participantes registraron cambios a partir de la primera sesión de intervención y estos empezaron a ser más significativos luego de la segunda sesión.

Fue así que, a pesar de la variabilidad de las puntuaciones luego de la segunda semana del seguimiento, P1 ejecutó mayores acciones en dirección a valores y tuvo menos dificultades para encaminarse a estos mismos a partir de este punto. P2 alcanzó el rango promedio para población clínica a partir de este mismo corte y una vez terminado el tratamiento, siempre se mantuvo realizando acciones dirigidas a valores y no siguió manifestando ninguna dificultad para hacerlo en adelante. P3 estuvo por debajo del promedio para Obstrucción y por encima del promedio para Progreso luego de la sesión dos, se mantuvo constante al finalizar el tratamiento y durante el seguimiento.

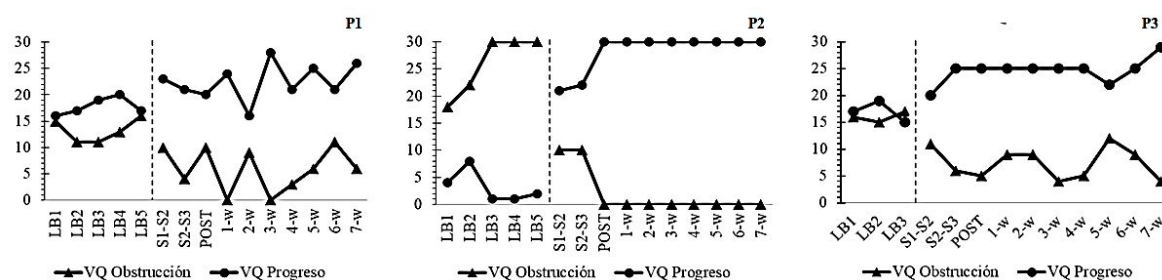


Figura 6. Puntuaciones en VQ

En la Figura 7 se presentan los cambios ocurridos en la satisfacción con la vida. Durante la línea de base, P1 se mantuvo ligeramente por debajo del promedio y pasó a estar dentro del promedio a partir de la primera sesión. Esta tendencia persistió a lo largo de las sesiones y en el seguimiento, a excepción de la segunda semana de este periodo. Sin embargo, a la semana siguiente llegó a estar en una puntuación alta, al igual que en el cierre del seguimiento. P2 tuvo una línea de base donde semana a semana las puntuaciones se intercambiaban entre ligeramente por debajo del promedio y dentro del promedio, pero después de la primera sesión de intervención se estabilizó en un rango alto y así continuó en las demás sesiones y durante el seguimiento. La satisfacción de P3 inició por debajo del promedio, durante las sesiones se ubicó en el promedio y al finalizarlas se mantuvo con una puntuación alta.

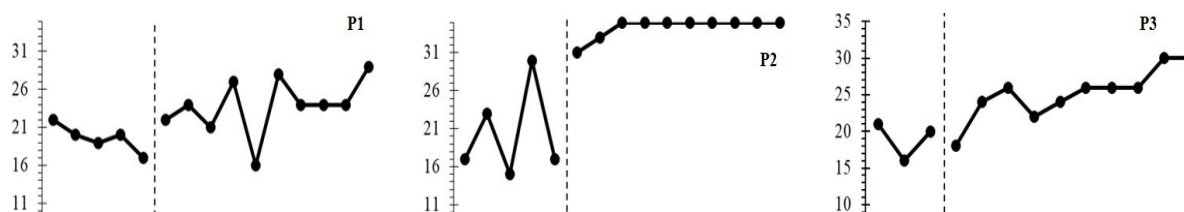


Figura 7. *Puntuaciones en SWLS*

Discusión

Este estudio tuvo por objeto identificar el efecto de ACT en duelos derivados de rupturas afectivas que se hubieran sostenido por más de tres meses, tiempo después del cual se asume que ha tomado una forma crónica. Específicamente, esto ha sido atribuido a la presentación de pensamientos intrusivos y persistentes en forma de reproches que involucran acciones intencionales por evitar, escapar o eliminar los sentimientos de soledad, traición y rabia, especialmente hacia sí mismo, y todas aquellas situaciones que evoquen el recuerdo de la expareja (Field et al., 2009; Luhman et al., 2012; Murdock et al., 2014; Sbarra y Emery, 2005).

Como ha sido planteado, la forma en que se ha presentado ACT dio cuenta de cambios en el patrón de comportamiento con la entrada del tratamiento y a partir de la primera sesión, con un tamaño grande del efecto de la intervención. La flexibilidad psicológica empezó a incrementarse gradualmente desde dicho punto, y se instauró como un patrón permanente en el tiempo a partir de la finalización de las tres sesiones de intervención. De esta forma, a partir de la primera semana de seguimiento, el distrés, la sintomatología emocional, la repetitividad del pensamiento, la evitación experiencial y la fusión cognitiva fueron casi nulas, en tanto que las acciones dirigidas a valores y la satisfacción con la vida aumentaron y mostraron tendencias distintas a las evidenciadas en las líneas de base.

La secuencia del cambio inició con el decremento del pensamiento negativo repetitivo, el cual se mantuvo por debajo del promedio para población no clínica entre la primera y la segunda sesión de tratamiento. En ese momento de la intervención se empezaron a registrar mayores acciones dirigidas a valores, a pesar de que la sintomatología emocional se mantenía estable. A

nivel clínico, podría decirse que, a pesar de que en el ejercicio de acciones valiosas se seguían presentando síntomas de estrés, depresión y ansiedad, las participantes persistían en el mantenimiento de acciones valiosas y, por tanto, el pensamiento repetitivo tenía menor impacto en sus vidas. Dicho contexto resultó en menor reporte de fusión cognitiva y de estrategias de evitación experiencial al finalizar toda la intervención.

Un mes después de haber finalizado la intervención, el distrés por la ruptura se reduce a su máxima expresión para dar paso a la ausencia de sintomatología emocional. Siendo así, estas dos variables que son las más relevantes en el duelo por ruptura de pareja, son las que más tiempo toman en desarrollar un decremento gradual, en comparación con las otras variables que se le relacionan. No obstante, es de anotar que en menos de dos meses se dieron por culminados duelos por ruptura de pareja que se habían sostenido entre ocho a 24 meses.

Por tanto, puede afirmarse que, cuando el duelo por la pérdida de una relación afectiva toma una forma crónica, la puesta en práctica de la toma de perspectiva en una primera sesión, genera cambios notables en los patrones de inflexibilidad psicológica sostenidos por más de tres meses e inclusive por más de un año. Siendo así, en este estudio se corrobora un hallazgo clínico de alta relevancia para el éxito terapéutico: el hecho de que una persona identifique cómo transcurren los eventos privados aversivos, recrea un contexto nuevo donde le es posible entrar en contacto con las consecuencias de reaccionar en coordinación con las funciones de los eventos privados, de modo que la persona es más cercana a elegir la forma en que actúa frente a estos mismos y en general hacia su vida (García-Montes, Pérez-Álvarez y Fernández-García, 2007; Wilson y Luciano, 2002).

Como fue referido, en la revisión empírica sólo se encontró un estudio enfocado a la intervención en el duelo por ruptura de pareja, en donde se concluyó que la terapia cognitivo - conductual fue la responsable de los cambios en la sintomatología emocional, ideación suicida y autoestima, modificaciones que se sostuvieron hasta por 12 meses luego de la finalización de la intervención (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997). Otras intervenciones aplicables al duelo por el fallecimiento de la pareja corroboraban la utilidad de las técnicas de exposición bajo este mismo modelo (Eisma et al., 2015). Estos hallazgos dan pie a sugerir que podrían formularse investigaciones que comparen tanto la eficacia como la efectividad de formatos breves desde el modelo cognitivo – conductual y el presentado en este estudio, en donde se identifiquen cuáles son los factores clave para la generación del cambio comportamental, así como también estimen hasta qué punto se pueden extender los beneficios de cada una de las terapias.

Como se observó en las participantes, ellas se encontraban convencidas de que la ruptura había sido lo más conveniente por el estado anterior de sus relaciones de pareja (discusiones, ausencia de reciprocidad, infidelidad) y, sin embargo, sus conclusiones acerca de lo ocurrido informaban sobre algo erróneo en ellas o que les esperaba algo muy atemorizante, como repetir una historia familiar, el hecho de haber ejecutado acciones que probablemente hicieron que la pareja se alejara o los reclamos incesantes por no haber detectado un engaño. En suma, había una serie de reglas verbales que especificaban que era necesario detener, eliminar o cambiar los pensamientos y emociones aversivas para poder sentirse bien y considerar que la ruptura había sido superada, así como ellas suponían que debería haber pasado si fueron las que notaron que sus relaciones no estaban resultando lo que esperaban.

Al accionar la toma de perspectiva en la primera sesión, fue fácil que las participantes pudieran fijarse en que los eventos privados aversivos, independientemente de la forma en que venían presentados: eran otras experiencias más que podían observar y ante las cuales podían elegir cómo relacionarse, lo cual consecutivamente les llevaba a otras elecciones, como el hecho de continuar discutiendo con lo inadecuadas que resultaban siendo (según sus reglas) o fijarse en que los eventos estaban ahí, eran parte de su historia y que bien podrían empezar a vislumbrar o a retomar los aspectos valiosos en sus vidas, independientemente de su presencia.

P1 resumió este aspecto como: “Me di cuenta de que no llegaba a las fiestas sola, lo hacía en compañía de mis pensamientos y su presencia era tan insoportable que terminaba por aburrirme o irme”. P2 lo manifestó como: “Es increíble que tuviera eso delante de mis ojos (los eventos privados aversivos) y era tan fácil como dejar que estuvieran a mi lado”. P3 comentó: “Yo sabía que estaban ahí, pero no quería mirarlos. Cuando empecé a darme cuenta cómo un pensamiento daba paso a otro, supe que sólo se trataba de verlos y no me iba a pasar nada tan malo como lo que yo pensaba”.

Se encontró que los relatos de las participantes dieron cuenta del efecto que tiene enmarcar en jerarquía con el deíctico yo, abandonando la literalidad de los contenidos de los eventos aversivos, para que ellas se plantearan desde una perspectiva en la que si bien los experimentaban, también los podían observar y consecutivamente elegir, es decir, se hizo fomento de la habilidad del yo como contexto (Luciano, Gutiérrez-Martínez y Rodríguez-Valverde, 2005). A nivel clínico, dicho enmarque implicó observar las conductas de evitación experiencial como aquellas con las que se buscaba conseguir control, como pasar

tiempo en redes sociales revisando la información de la expareja, limitar la asistencia a eventos sociales o con parejas potenciales, o hacer listas de razones por las cuales era mejor no emprender un plan.

En el desarrollo de las demás sesiones de intervención, las participantes continuaron practicando la habilidad del yo como contexto y más allá de hacer una clarificación de valores, tuvieron la posibilidad de contactar nuevamente con estos, pues lo que pudo verse es que para cada una de ellas los valores siempre estuvieron presentes; sin embargo, sus acciones estaban mayormente concentradas en la fusión cognitiva y la evitación experiencial.

El aspecto más relevante que limitaba a las participantes fue la disminución de la socialización con amigos particulares o comunes con la expareja, aspecto que también fue identificado en varias investigaciones (Barber y Cooper, 2014; Cupach, Spitzberg, Bolingbroke y Tellitocci, 2011; Field et al., 2011; Perilloux y Buss, 2008; Sánchez-Aragón y Martínez-Cruz, 2014; Tavares y Aassve, 2013). Sin embargo, en estos no resultaba claro el motivo por el cual recurrían a esta conducta. En términos clínicos, en el presente estudio se encontró que la restricción de la socialización era una conducta de evitación experiencial que disminuía los pensamientos acerca de la soledad y los cuestionamientos sobre sus dificultades para emprender nuevas relaciones afectivas.

Cuando la intervención empezó a correr, dicha conducta de evitación experiencial empezó a decrementar. Las tres participantes refirieron que esto ocurrió después de la segunda sesión, pues ya tenían un mayor dominio del nuevo estilo de relacionamiento entre ellas y los eventos privados que experimentaban. Así fue que, aunque sentían miedo y algunas veces se

observaban molestas por las preguntas de las personas alrededor, eran capaces de notarlo y elegir proseguir en el curso de pasar un rato agradable.

Llama la atención que varios autores (Amato, 2010, 2014; Gardner y Oswald, 2005; Tavares y Aassve, 2013) resaltan que uno de los factores definitorios de la cronicidad de un duelo por ruptura de pareja es el hecho de continuar el contacto con la ex-pareja (por ejemplo, cuando se deben ver porque trabajan juntos). Sin embargo, dos de las participantes del estudio limitaron del todo el contacto. A nivel clínico, en este estudio se confirma que un factor mucho más relevante en la cronicidad del duelo es el nivel de frecuencia de pensamientos intrusivos y reproches, y las evaluaciones negativas sobre la finalización de la relación, tal y como se ha señalado en algunos estudios (Ceglarek et al., 2017; Palacio-Gonzalez, Clark y O'Sullivan, 2016). En todo caso, se hace necesario generar investigaciones que comparen cuál es el nivel de influencia de cada una de las variables que se citaron sobre la cronicidad del duelo.

Las participantes identificaron otras acciones valiosas como proponer más actividades para compartir con sus familiares, emprender nuevos proyectos en sus trabajos, retomar planes postergados, sonreír más y dar inicio a conversaciones en temas de interés y mostrar amabilidad a sus interlocutores. P1 subrayó que abandonó el espionaje en redes y que la calidad del sueño aumentó, P2 refirió que disminuyeron las migrañas y otros malestares, P3 consideró que luego de la intervención, sus actividades laborales eran más fáciles de hacer y que, a pesar de que a veces notaba que le seguían molestando algunas situaciones de esta área, ya no pasaba tanto tiempo pensando en qué se había equivocado ni discutiendo. Resultados similares fueron encontrados en la intervención realizada por Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997), lo cual reafirma la

necesidad de hacer estudios comparativos entre intervenciones desde el modelo cognitivo – conductual y ACT.

Durante las semanas de seguimiento, una de las participantes tuvo un accidente de tránsito y como se nombró previamente, otra perdió a una persona cercana. En el caso de la primera persona, refirió que en otro momento de su vida, hubiera hecho de la situación algo exagerado y aterrador. Sin embargo, se sorprendió asustada por el evento y a la vez tomando decisiones frente a la mejor manera de abordar su estado de salud. En concordancia con esto, sus puntuaciones no tuvieron alteraciones en el patrón que venían mostrando.

En cuanto a la segunda participante, el patrón de puntuaciones se vio alterado por algunas semanas; sin embargo, este nunca retornó al punto inicial o empeoró; siempre se mantuvo por debajo del promedio. La participante explicó que en muchas ocasiones creyó que otra vez iba a volver a sentirse tan triste como cuando terminó la relación de pareja y varias veces se vio fusionada con este pensamiento, no obstante, consideró que la diferencia radicó en que esto le ocurrió por breves instantes. Entonces, se resalta que, a nivel clínico, las participantes tuvieron la capacidad de generalizar lo entrenado durante las sesiones a otros escenarios de sus vidas.

En términos generales, la intervención planteada en este estudio se formula como una alternativa a tratamientos cognitivos (Rosner et al, 2015) u otros que utilizan técnicas conductuales (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Eisma et al., 2015) que toman entre 10 a 20 sesiones para generar remisión de un duelo. En este estudio se ha ratificado que a través de un protocolo de tres sesiones (Ruiz, Riaño-Hernández, Suárez-Falcón y Luciano, 2016; Ruiz et al. 2018; Ruiz, García-Beltrán, Monroy-Cifuentes, Suárez-Falcón, 2019), el duelo por ruptura de

pareja que se presenta de forma crónica, empieza a modificarse desde la primera sesión y tiene remisión total un mes después de haberlo finalizado.

Se considera que, si los efectos de este protocolo son evidentes en la forma crónica del duelo por ruptura de pareja, es probable que también los tenga en las etapas iniciales de este mismo, cuando la respuesta emocional es más intensa y el grado de riesgo también. Por tanto, se sugiere la realización de investigaciones que desarrollen la intervención antes de que el duelo tome una forma crónica. De este modo, se podrá comprobar si también se generan mejorías en esta etapa del duelo y en la manifestación de respuestas violentas, como ha sido alertado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2018).

El presente estudio debe analizarse a la luz de algunas limitaciones. Entre estas, es necesario que se replique con un mayor número de participantes para poder seguir sosteniendo la consigna de su eficacia de una forma breve. Como fue referenciado, el reclutamiento para la participación tuvo varias dificultades, lo que impidió la toma de un mayor número de personas. Por otro lado, hubo un número importante de postulantes que residían fuera de la ciudad y del país, lo que ponía en duda la continuidad y permanencia en el estudio de forma semanal. No obstante, bien hubiera podido formularse una intervención por plataformas virtuales.

También resulta necesario que se validen los postulados de distintas investigaciones donde se argumenta que el duelo por la ruptura de una relación romántica es igual para todo tipo de relaciones (Amato, 2014; Perilloux y Buss, 2008; Tavares y Aassve, 2013). Como fue observado, la participante que tuvo un matrimonio mostró un nivel de estrés, depresión y ansiedad extremos, así como también puntuaciones mucho mayores en todas las variables que las

participantes que finalizaron noviazgos. Contrario a lo reportado por la literatura, la participante no referenció la pérdida de factores positivos o la ocurrencia de eventos estresantes dado el nivel de compromiso con la pareja, si bien fue la única que reportó que la ruptura se había dado por una infidelidad y que mantenía contacto telefónico con la ex-pareja, dos de los factores que pueden empeorar el curso del duelo romántico (Field et al., 2011; Sbarra y Emery, 2005; Murdock, Fagundes y Lovejoy, 2014).

Teniendo en cuenta lo descrito, resultaría indispensable que se interviniera en grupos representativos por cada tipo de relación finalizada y que se tuviera en cuenta la influencia de variables como la ruptura por infidelidad o el mantenimiento del contacto con la ex-pareja. Así mismo, sería útil conocer cuál es el efecto de la intervención cuando se presentan eventos estresantes desencadenados por la ruptura, como por ejemplo: el ejercicio de la paternidad o la maternidad de forma unitaria, pérdida de la capacidad económica o el distanciamiento de los hijos.

Si bien la intención de mantener los criterios de inclusión fue seguir cabalmente el criterio de duelo por ruptura de pareja, fue notorio que este concepto es muy fácilmente confundido con otro tipo de situaciones, como las relaciones de rebote o los relacionamientos afectivos en forma de triángulos amorosos. Este aspecto también restringió la toma de un mayor número de participantes en la investigación. De hecho, la misma presentación de estas situaciones, sugiere que se formulen investigaciones e intervenciones sobre estas otras formas de relacionamiento afectivo.

Para obtener el resultado de la variable distrés por la ruptura se empleó un cuestionario validado en inglés, el cual fue traducido al castellano sin contarse con la respectiva validación para el país. Por tanto, se hace indispensable que, en próximos estudios, se cuente con un cuestionario validado en población colombiana, de modo que se cuente con una medida más confiable y por tanto se pueda definir fielmente quien cumple los criterios de distrés a nivel cuantitativo (como aparece en la versión de Field et al, 2009) y en qué momento la respuesta deja de catalogarse como tal.

Aunque los tamaños de efecto para todas las variables fueron grandes, la actuación dirigida a valores y la sintomatología fueron las que mostraron menos cambio. Esto puede explicarse porque las medidas utilizadas no están tan contextualizadas a la expresión del duelo por ruptura de pareja y, por ende, no dan cuenta de los cambios que se generan en forma fidedigna, más aún porque el reporte de las participantes fue muy satisfactorio en este punto y ellas manifestaron cambios muy importantes para sus vidas. Al respecto, se sugiere el uso de autorregistros con las conductas específicas para cada uno de los participantes en el estudio.

En cuanto a la sintomatología emocional y como ha sido descrito, el duelo en forma crónica no conduce directamente a depresión, estrés y ansiedad con puntuaciones altas, lo cual fue observado en dos de las participantes de este estudio. En vez de ello, los síntomas emocionales tienen más relación con la experimentación de rabia y culpa, por tanto, es probable que estos deban ser rastreados de otra manera. Entonces, se sugiere que al igual que con BDS, se haga validación de escalas que estén asociadas de manera más directa a la vivencia emocional del duelo crónico, sea este el caso de The Scale for Emotional Reactions Following the Breakup

(Funda y Capa, 2013) o de Positive and Negative Ex-Relationship Thoughts Scale (PANERT) (Brenner y Vogel, 2015). En todo caso, no se desconoce que la intervención que aquí se propuso tiene un efecto grande en el afecto negativo.

Se espera entonces que la investigación alrededor del duelo por la ruptura de una relación romántica y otras como las relaciones de rebote o los triángulos amorosos, pero que, implican respuestas emocionales similares y un patrón de PNR en forma de rumia, pueda seguir aumentando y generando nuevas perspectivas, habida cuenta de la referencia de los aspectos que mostraron eficacia dentro de la intervención que se desarrolló. Adicionalmente, puede tenerse en cuenta la descripción de las limitaciones que enfrentó la investigación y la manera como pueden ser resueltas, especialmente en nuestro país donde el estado de una relación puede traer consigo un peligro inminente.

Referencias

- Amato, P. (2014). The consequences of divorce for adults and children: an update. *Društvena Istraživanja: Časopis za Opća Društvena Pitanja*, 23 (1), 5 – 24. doi: 10.5559/di.23.1.01
- American Psychological Association (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Recuperado de: <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>
- Barber, L., y Cooper, M. (2014). Rebound sex: sexual motives and behaviors following a relationship breakup. *Archives of Sexual Behavior*, 43 (2014), 251 – 265. doi: 10.1007/s10508-013-0200-3
- Barlow, D., Nock, M. y Hersen, M. (2009). *Single case experimental designs: strategies for studying behavior change*. Boston, MA: Pearson Education Inc.
- Brenner, R. E., y Vogel, D. L. (2015). Measuring thought content valence after a breakup: development of the positive and negative ex-relationship thoughts (PANERT) scale. *Journal of Counseling Psychology*, 62 (3), 476 – 487. doi: 10.1037/cou0000073
- Ceglarek, P., Darbes, L., Stephenson, R., y Bauermesiter, J. (2017). Breakup-related appraisals and the psychological well-being of young adult gay and bisexual men. *Journal of Gay and Lesbian Health*, 21 (3), 256 – 274. doi: 10.1080/19359705.2017.1293579
- Congreso de Colombia. (6 de septiembre de 2006). *Código deontológico y bioético*. [Ley 1090 de 2006]. DO: 46.383.
- Cupach, W., Spitzberg, B., Bolingbroke, C., y Tellitocci, B. (2011). Persistence of attempts to reconcile a terminated romantic relationship: a partial test of relational goal pursuit Theory. *Communications Reports*, 24 (2), 99 – 115. doi: 10.1080/08934215.2011.613737

- Eisma, M., Boelen, P., van den Bout, J., Stroebe, W., Schut, H., Lancee, J. y Stroebe, M. (2015). Internet-based exposure and behavioral activation for complicated grief and rumination: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 46 (6), 729 – 748. doi: 10.1016/j.beth.2015.05.007
- Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S., y Ehlers, A. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42 (2), 225–232. doi:10.1016/j.jbtep.2010.12.003
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de la pena mórbida en un caso de ruptura de pareja. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 23 (87), 61 – 83. Recuperado de: <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/27957>
- Field, T. (2011). Romantic breakups, heartbreak and bereavement. *Psychology*, 2 (4), 382 - 387. doi: 10.4236/psych.2011.24060
- Field, T., Diego, M., Peláez, M., Deeds, O. y Delgado, J. (2009), Breakup distress in university students, *Adolescence*, 44 (176), 705 - 727. Recuperado de: <https://www.thefreelibrary.com/Breakup+distress+in+university+students.-a0217847445>
- Field, T., Diego, M., Peláez, M., Deeds, O. y Delgado, J. (2011). Breakup distress in university students: a review. *College Student Journal*, 45 (3), 461 – 480. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/43531747_Breakup_distress_in_university_students

- Funda, K., y Capa, y. (2013). The scale for emotional reactions following the breakup. *Procedia Social and Behavioral Science*, 84 (9), 786 – 790. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.06.647
- García-Montes, J., Pérez-Álvarez, M. y Fernández-García, R. (2007). Refundar la terapia de conducta: una propuesta desde la terapia de aceptación y compromiso. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 7 (1), 17 – 31.
- Gardner, J. y Oswald, A. (2005). ¿Do divorcing couples become happier by breaking up? *Journal of the Royal Statistical Society*, 169 (2), 319 – 336. doi: 10.1111/j.1467-985X.2006.00403.x
- Goldberg, D. y Williams, P. (1988). *A User's Guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson, Windsor, UK.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639 - 665. doi:10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- Horowitz, M., Siegel, B., Holen, A., y Bonanno, G. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154 (7), 904 - 910. doi: 10.1176/ajp.154.7.904
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2018). *Forensis 2018: datos para la vida*. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/386932/Forensis+2018.pdf/be4816a4-3da3-1ff0-2779-e7b5e3962d60>

- Luciano, M., y Cabello, F. (2001). Trastorno de duelo y terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de la Conducta*, 27 (113), 399 – 424. Recuperado de: https://contextualscience.org/system/files/Luciano_Cabello2001.pdf
- Luciano, M. C., Gutiérrez Martínez, O., & Rodríguez Valverde, M. (2005). Análisis de los contextos verbales que atrapan y que liberan el trastorno de evitación experiencial en la terapia de aceptación y compromiso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37 (2), 333-358. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rlp/v37n2/v37n2a08.pdf>
- Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M., y Lucas, R. (2012). Subjective well-being and adaptation to life events: a meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102 (3), 592-615. doi: 10.1037/a0025948.
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los test: segunda edición. *Psicothema*, 25, 151-157. doi: 10.7334/psicothema2013.24
- Murdock, K., Fagundes, C. y Lovejoy, M. (2014). Loss and the organization of affect. *Journal of Loss and Trauma*, 19 (3), 213–228. doi: 10.1080/15325024.2013.790724
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. y Fredrickson, B. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology* 102, (1), 20 – 28. doi: 10.1037/0021-843X.102.1.20
- Palacio-González, A., Clark, D., y O’Sullivan, L. (2016). Cognitive processing in the aftermath of relationship dissolution: associations with concurrent and prospective distress and posttraumatic growth. *Stress and Health*, 2016, 1 – 9. doi: 10.1002/smi.2738

- Parker, R., y Vannest, K. (2012). Bottom-up analysis of single-case research designs. *Journal of Behavioral Education*, 21 (3), 254 – 265. doi: 10.1007/s10864-012-9153-1
- Pavot, W., y Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with the life. *Psychological Assessment*, 5 (2), 164 – 172. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/7404119_The_Satisfaction_With_Life_Scale
- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction? *Journal of Positive Psychology*, 3 (2), 137–152. doi: 10.1080/17439760701756946
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Third-generation therapies: achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12 (2), 391 – 310. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/265040671_Third-Generation_Therapies_Achievements_and_challenges_1
- Perilloux, C., y Buss, D. (2008). Breaking up romantic relationships: costs experienced and coping strategies deployed. *Evolutionary Psychology*, 6 (1), 164 – 181. doi: 10.1177/147470490800600119
- Pustejovsky, J., Hedges, L., y Shadish, W. (2014). Design-comparable effect sizes in multiple baseline designs: a general modeling framework. *Journal of Education and Behavioral Statistics*, 39 (5), 368 – 393. doi: 10.3102/1076998614547577

- Rosner, Bartl, Pfoh, Kotoučová y Hagl (2015). Efficacy of an integrative CBT for prolonged grief disorder: a long-term follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 183, 106 – 112. doi: 10.1016/j.jad.2015.04.051
- Ruiz, F. J., Flórez, C. L., García-Martín, M. B., Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K., García-Beltrán, D. M. & Gil-Luciano, B. (2018). A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.04.004>
- Ruiz, F. J., García-Beltrán, D.M., Monroy-Cifuentes, A, Suárez-Falcón, J.C. (2019) Single-case experimental design evaluation of RNT-focused acceptance and commitment therapy in GAD with couple-related worry. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 19 (3), 261 – 276. Recuperado de <https://www.ijpsy.com/volumen19/num3/521/single-case-experimental-design-evaluation-EN.pdf>
- Ruiz, F., García-Martín, M., Suárez-Falcón, J., y Odriozola-González, P. (2017). *Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés – 21*. Recuperado de: <http://blogs.konradlorenz.edu.co/files/dass-21.pdf>
- Ruiz, F. J., Hernández, D. R., Falcón, J. C. S., y Luciano, M. C. (2016). Effect of a one-session ACT protocol in disrupting repetitive negative thinking: A randomized multiple-baseline design. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(1), 213-233. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5679128>

Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Cárdenas-Sierra, S., Durán, Y., Guerrero, K., y

Riaño-Hernández, D. (2016). Psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II in Colombia. *The Psychological Record*, 66 (3), 429-437. Recuperado de <http://blogs.konradlorenz.edu.co/files/ruiz-et-al.-2016-aag-ii-colombia.pdf>

Ruiz, F., Suárez-Falcón, J., Flórez, C., Odriozola-González, P., Tovar, D., López-González, S., y

Baeza-Martín, R. (2019). Validity of the Satisfaction with Life Scale in Colombia and factorial equivalence with Spanish data. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 51 (2), 58 – 65. doi: 10.14349/rlp.2019.v51.n2.1

Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Riaño-Hernández, D., y Gil-Luciano, B. (en revisión).

Cuestionario de actuación en dirección a valores. Recuperado de:
<http://blogs.konradlorenz.edu.co/files/vq.pdf>

Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Riaño-Hernández, D., y Gillanders, D. (2017). Psychometric properties of the Cognitive Fusion Questionnaire in Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49 (1), 80-87. Recuperado de
<http://blogs.konradlorenz.edu.co/files/ruiz-et-al.-2017-cfq-colombia.pdf>

Sánchez-Aragón, R., y Martínez-Cruz, R. (2014). Causas y caracterización de las etapas del duelo romántico. *Acta de Investigación Psicológica*, 4 (1), 1329 – 1343. doi:
10.1016/S2007-4719(14)70378-3

Sbarra, D. y Emery, R. (2005). The emotional sequelae of nonmarital relationship dissolution: analysis of change and intraindividual variability over time. *Personal Relationships*, 12 (2), 213 – 232. doi: 10.1111/j.1350-4126.2005.00112.x

- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., y Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 20, 22-33
- Smout, M., Davies, M., Burns, N., & Christie, A. (2014). Development of the Valuing Questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 164-172. doi: 10.1016/j.jcbs.2014.06.001
- Tavares, L. y Aassve, A. (2013). Psychological distress of marital and cohabitation breakups. *Social Science Research*, 42 (6), 1599 – 1611. doi: 10.1016/j.ssresearch.2013.07.008
- Treynor, W., González, R, y Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: a psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27 (3), 247 – 259. doi: 10.1023/A:1023910315561
- Villatte, M., Villatte, J. y Hayes, S. (2016). *Mastering the clinical conversation: language as intervention*. New York: Guilford.
- Watson, D. y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 219 - 235. doi: 10.1037/0033-2909.98.2.21
- Watson, P., y Workman, E. (1981). The non-concurrent multiple baseline across-individuals design: an extension of the traditional multiple baseline design. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 12, 257–259.
- Wilson, K., y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a valores*. Madrid: Ediciones Pirámide.